



La contribución de las TIC  
a la sostenibilidad de la Sanidad

# Sanidad para los colectivos vulnerables

*Telefonica*

**la contribución de las TIC a la  
sostenibilidad de la Sanidad**

# **Sanidad para los colectivos vulnerables**



# Índice



<b>1. Antecedentes</b>	<b>4</b>
<b>2. Introducción y Contexto</b>	<b>7</b>
2.1. Las personas en situación de dependencia	8
2.2. Las personas mayores	9
2.3. Los enfermos crónicos	9
2.4. Las poblaciones rurales que viven bajo el riesgo de “aislamiento”	10
<b>3. Factores de cambio que impactan en el desarrollo de servicios a colectivos vulnerables</b>	<b>13</b>
3.1. Cambios en el núcleo familiar	13
3.2. El desarrollo de la Ley de la Dependencia	14
<b>4. Tendencias en el marco de la atención a colectivos vulnerables</b>	<b>16</b>
4.1.1. La integración de los servicios socio-sanitarios	16
4.1.2. El nuevo marco de gestión de enfermedades crónicas	17
4.1.3. El desarrollo de la atención a domicilio y de los servicios telemáticos	18
4.1.4. El proceso de sanitización de los centros para mayores	19
<b>5. La situación de Aragón</b>	<b>21</b>
<b>6. Anexo I: Documentación de referencia</b>	<b>23</b>

# 1. Antecedentes

El sistema sanitario español, al igual que la mayoría de los sistemas sanitarios de los países desarrollados, ha evolucionado condicionado por una serie de factores, que fundamentalmente se resumen en:

- **Cambios sociodemográficos** relacionados con un notable incremento de la población, un aumento de la inmigración y un latente envejecimiento de la población.
- **Innovación en el ámbito terapéutico** asociado a los avances en el ámbito de la investigación.
- Notable avance en el **desarrollo de nuevas tecnologías**.
- Introducción del concepto de “atención centrada en el paciente”, asociado a un paciente más informado con altas expectativas.
- Aparición de la denominada “**medicina del bienestar**” (*Wellness*)
- Desarrollo de **nuevas especialidades médicas**.

Frente a esta situación de cambio, **se identifican una serie de retos** en España que se pueden agrupar en **tres grandes ámbitos: Provisión, Gestión y Financiación** de los servicios sanitarios.

Desde el punto de vista de la Provisión, son varios los retos a los que hacer frente:

- Ampliar y consensuar en todas las Comunidades Autónomas una **cartera global de servicios**, eliminando así las diferencias existentes en lo que a prestaciones se refiere.
- **Avanzar en el uso y mejora de las técnicas desarrolladas hasta el momento** (cirugía mínimamente invasiva, fármacos de diseño, mapas genéticos, etc.), incrementando la apuesta por la investigación y la innovación en este ámbito.
- La **variabilidad en la práctica clínica** es un hecho constatado al que se debe hacer frente, ya que genera ineficiencias e inequidad.
- Aunque en los últimos años se han registrado importantes avances, la **accesibilidad y la reducción de las listas de espera** son otros de los retos de mejora a los que hacer frente.

En cuanto al ámbito de las **Políticas y Gestión de los servicios sanitarios**, los retos más reseñables son:

- Pese a la aprobación y puesta en marcha de la denominada Ley de la Dependencia, aún es mucho el trabajo por realizar en el **ámbito sociosanitario**, especialmente en materia de infraestructuras, servicios, financiación y garantía de acceso a los mismos por parte de determinados colectivos más vulnerables.
- La **inmigración** sufrida en nuestro país en la última década, está motivando alteraciones en nuestro sistema (prevalencia de determinadas patologías vinculadas con sus países de origen, desconocimiento de conductas de medicina preventiva, sobrecarga de determinados servicios como pediatría y obstetricia, etc.), provocando que los responsables gubernamentales tengan que desarrollar acciones y políticas destinadas a minimizar su impacto.
- Las **enfermedades derivadas de estilos de vida y hábitos poco saludables** (alcoholismo, tabaquismo, obesidad, etc.) hacen que el modelo actual se replantee sus esfuerzos, orientándolos hacia la medicina preventiva y al desarrollo de programas orientados a la reducción de estos riesgos.
- La **falta de RR.HH.** es un hecho que se debe vigilar. En los próximos años se espera una alta jubilación de profesionales, como causa de las numerosas promociones de los setenta y ochenta, lo que unido al bajo número de estudiantes registrado en los últimos años y a la emigración de profesionales, auguran una falta de profesionales.

Por último, desde el punto de vista de la **Financiación**, son varios los retos sobre los que se debe actuar:

- El **incremento del gasto sanitario** unido a las necesidades de sostenibilidad como consecuencia de la crisis financiera que estamos viviendo no sólo a nivel local, sino mundial, hace que se deban tomar medidas destinadas al control del gasto y enfocadas a mejorar la eficiencia del sistema.
- Los **modelos de colaboración público-privada** desarrollados a lo largo de los últimos años, donde la Administración paga por un servicio a una empresa privada (ésta asume el riesgo económico pero la responsabilidad del servicio sigue recayendo sobre la Administración), se muestran como una ventana de oportunidad para la financiación del mismo. Un reto de nuestro sistema es, por tanto, impulsar este tipo de colaboraciones con el fin de ganar en eficiencia, asegurando la sostenibilidad del sistema.

En este entorno y al igual que ha ocurrido en otros sectores, **la influencia de las TIC** en el proceso de transformación e innovación para alcanzar los retos mencionados **es clave**, y hoy en día ya **no se concibe una sanidad sin el uso de las TIC**. Las tecnologías de la información y la comunicación están produciendo una **transformación en el modelo de relación con el ciudadano**, agilizando los procesos burocráticos/administrativos del sistema a la vez que están posibilitando el dar nuevas respuestas a un paciente cada vez más exigente e informado. **Desde el punto de vista asistencial**, las TIC están permitiendo innovar en las técnicas médicas, mejorar los procesos asistenciales, facilitar los mecanismos de información y comunicación entre los agentes sanitarios, evolucionar en la provisión de servicios a través de la telemedicina, etc. y por su puesto, en el **ámbito de la gestión** están facilitando las tareas de planificación y toma de decisiones de los gestores.

Bajo la premisa de que las TIC son una palanca clave para la innovación, eficiencia y sostenibilidad de los sistemas sanitarios, se crea **Aragón 4.0, un foro de reflexión sobre las tendencias y los nuevos modelos sanitarios potenciados con la aplicación de las TIC**, que permita a los agentes del sistema sanitario aragonés compartir experiencias y reflexionar sobre las líneas de acción y aplicación de las TIC, para el desarrollo de un modelo sanitario sostenible y de calidad en el entorno aragonés.

El objetivo de **Aragón 4.0** es analizar el estado actual y las tendencias de futuro para, a partir de la participación y de las opiniones de diferentes expertos, promover un conjunto de propuestas de futuro sobre la aportación que las empresas de tecnología deben hacer a los sistemas de salud, ya sea para mejorar lo conseguido hasta ahora o bien para hacer frente a nuevos retos.

Dado el extenso campo de aplicación de las tecnologías en el ámbito sanitario, y con el fin de dar una mayor operatividad y concreción al debate, se han definido dos temas de especial interés: **la atención sanitaria de los colectivos más vulnerables (como personas mayores, enfermos crónicos y zonas rurales), y las tecnologías de la información y las comunicaciones como palanca de innovación y transformación en los sistemas de salud.**

#### ¿Qué es Aragón 4.0?

El objetivo de Aragón 4.0 es analizar el estado actual y las tendencias de futuro para, a partir de la participación y de las opiniones de diferentes expertos, promover un conjunto de propuestas de futuro sobre la aportación que las empresas de tecnología deben hacer a los sistemas de salud, ya sea para mejorar lo conseguido hasta ahora o bien para hacer frente a nuevos retos.

Se trata de una alianza público-privada para poner en marcha un proceso dialogado e inclusivo que proponga un conjunto de medidas mediante las que las TIC puedan contribuir a mejorar la eficiencia del sistema sanitario y su sostenibilidad.

Su propósito es intentar determinar en qué cuestiones asistenciales y organizativas, y en el desarrollo de qué herramientas tecnológicas deberán colaborar las empresas del sector tecnológico con las instituciones sanitarias, para responder adecuadamente a los retos de los sistemas de salud en los próximos años, con el fin de elaborar los planes estratégicos que permitan planificar las acciones y la integración de los recursos necesarios.

Así, se trata de abrir un diálogo crítico y participativo sobre la relación actual que existe entre los sistemas de salud y las tecnologías:

- La incorporación de las tecnologías de la información y las comunicaciones no es una opción en un contexto de alternativas, es una necesidad que debe no obstante ser objeto de valoración en función de **criterios de coste/efectividad**.
- A pesar del fuerte impulso dado en los últimos años, **la implantación de las tecnologías es desigual en cada una de las comunidades autónomas**, entre las propias comunidades y con relación al Sistema Nacional de Salud (generando desequilibrios y disfunciones), lo que lleva a la conclusión de que no podemos movernos a golpe de “novedades”, sino de acuerdo con una planificación rigurosa.

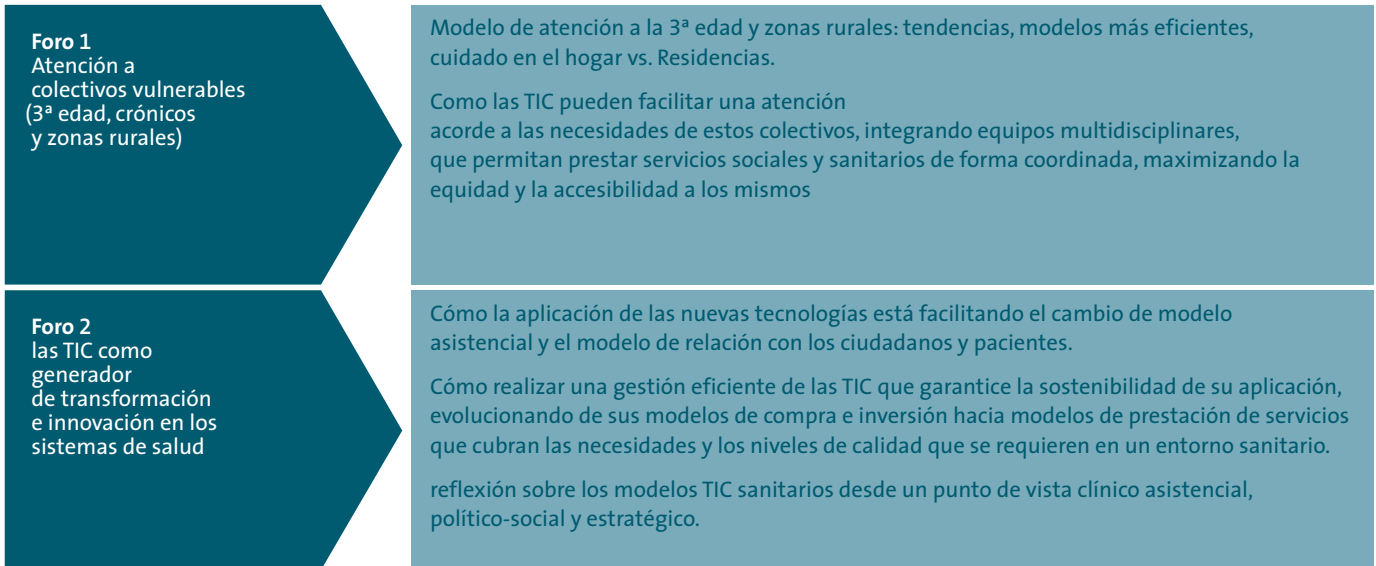
- Es necesario evaluar conforme a los **critérios de la “evidencia”** los resultados que se atribuyen a determinadas tecnologías y el estudio de las alternativas que se ajusten a lo que los sistemas sanitarios demandan desde el punto de vista del derecho de los usuarios a una atención de calidad, sobre la que pivotarán (consecuentemente) los cambios en la organización del trabajo y la gestión de los recursos.
- En cuanto a **la accesibilidad al sistema que promueven y favorecen las tecnologías**, es preciso saber si debe tener un carácter selectivo, de forma que no sólo facilite la entrada a la red asistencial sino que determine los casos y personas que realmente lo requieren, y los canalice al recurso más adecuado dotando paralelamente de un iter informativo a la continuidad asistencial.
- Parece aceptado que la incorporación de las tecnologías la relación **usuario/sistema** debería mejorar, al ayudar a evitar gestiones presenciales, resolver los problemas más habituales y satisfacer al cliente pero, **¿son operativas estas soluciones y de verdad responden a las expectativas de los ciudadanos?**

El propósito es intentar determinar en **qué cuestiones asistenciales y organizativas**, y en el desarrollo de **qué herramientas tecnológicas** deberán colaborar las empresas del sector tecnológico con las instituciones sanitarias, para responder adecuadamente a los retos de los sistemas de salud en los próximos años, con el fin de elaborar los planes estratégicos que permitan planificar las acciones y la integración de los recursos necesarios.

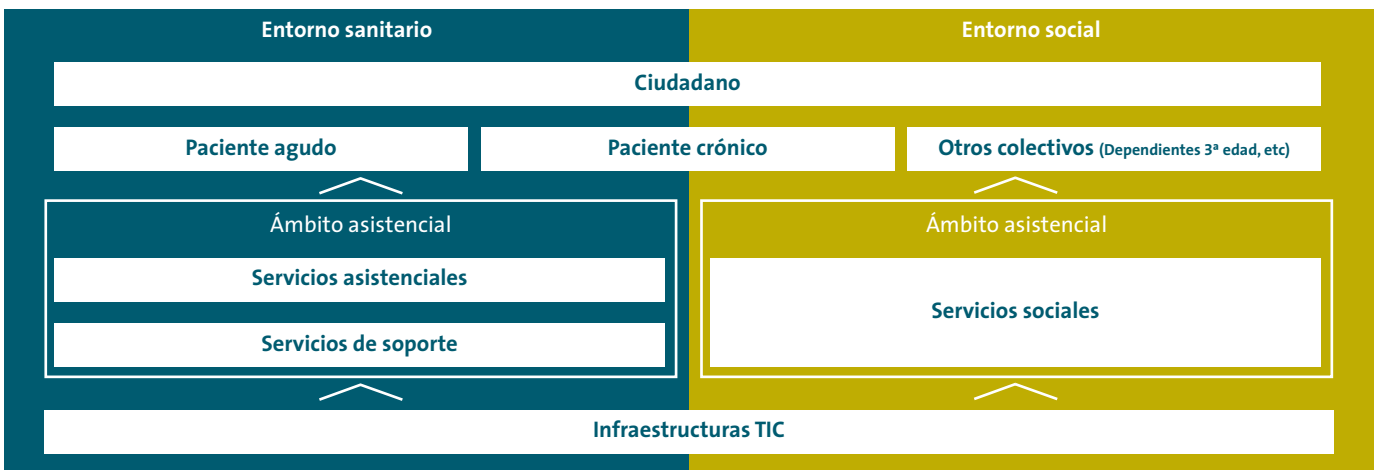
En esta línea se plantea la realización de **dos foros temáticos** tal y como se explica en las figuras de abajo.

Con el ánimo de alimentar el debate y animar a la reflexión sobre los ámbitos planteados, en los apartados siguientes se realiza una breve exposición de la situación de partida y de algunas tendencias en el ámbito de los servicios sanitarios y sociales y de cómo las TIC pueden contribuir a su desarrollo sostenible.

### Ejes de debate



### Estructura de los ejes de debate



# 2. Introducción y contexto

La preocupación por las personas dependientes o en riesgo de aislamiento social es uno de los retos que más preocupa a los gobiernos de las sociedades más avanzadas. Dentro de este marco, los principales colectivos que están influenciando en el desarrollo de los sistemas sociosanitarios, son:

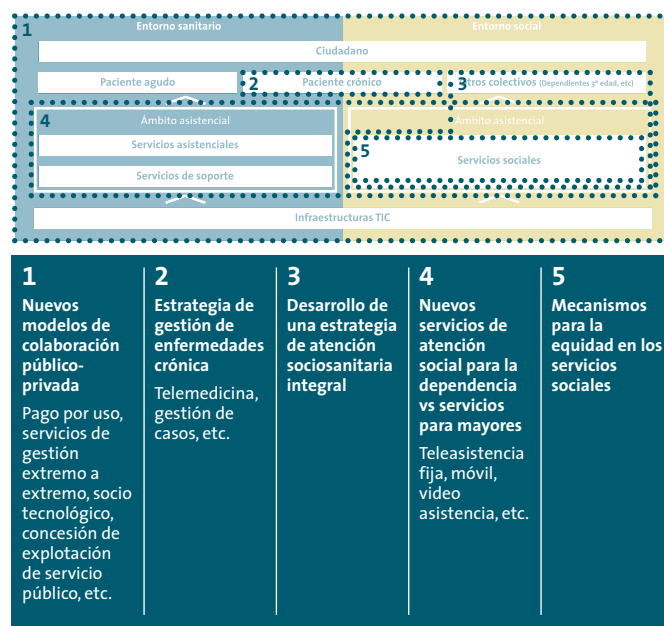
- Las personas en situación de dependencia.
- Las personas mayores.
- Los enfermos crónicos.
- Las poblaciones rurales que viven bajo el riesgo de “aislamiento”.

Son muchos los esfuerzos que se están realizando en torno a estos colectivos, con el ánimo de garantizar una mejor prestación de los servicios sociales y sanitarios, evitando así su “exclusión social” asegurando un desarrollo sostenible.

En este marco, son varios los aspectos sobre los que se quiere debatir, concretamente:

- Desarrollo de una estrategia de gestión de enfermedades crónicas.
- Despliegue de modelos de atención sociosanitaria integrada.
- Nuevos servicios de atención para la dependencia vs servicios para mayores.
- Mecanismos para la garantía de la equidad en los servicios sociales.
- Desarrollo de nuevos modelos de colaboración público-privada.

## Colectivos vulnerables: ejes de debate



A continuación, se incluye una breve descripción de la situación de partida y de como ciertos factores (el envejecimiento de la población, el incremento de las enfermedades crónicas, los cambios en el entorno familiar, etc.) están motivando el desarrollo de este tipo de servicios, así como un breve repaso a las principales tendencias identificadas en este ámbito.



## 2.1. Las personas en situación de dependencia

Tal y como establece en la recomendación relativa a la dependencia realizada en septiembre de 1998 por el Comité de Ministros de Consejo de Europa, se define la **dependencia** como “la necesidad de ayuda o asistencia importante para las actividades de la vida cotidiana”, o, de manera más precisa, como “un estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria y, de modo particular, los referentes al cuidado personal”.

Esta definición, que es una de las más aceptadas, plantea la concurrencia de tres factores clave para que se pueda hablar de una situación de dependencia:

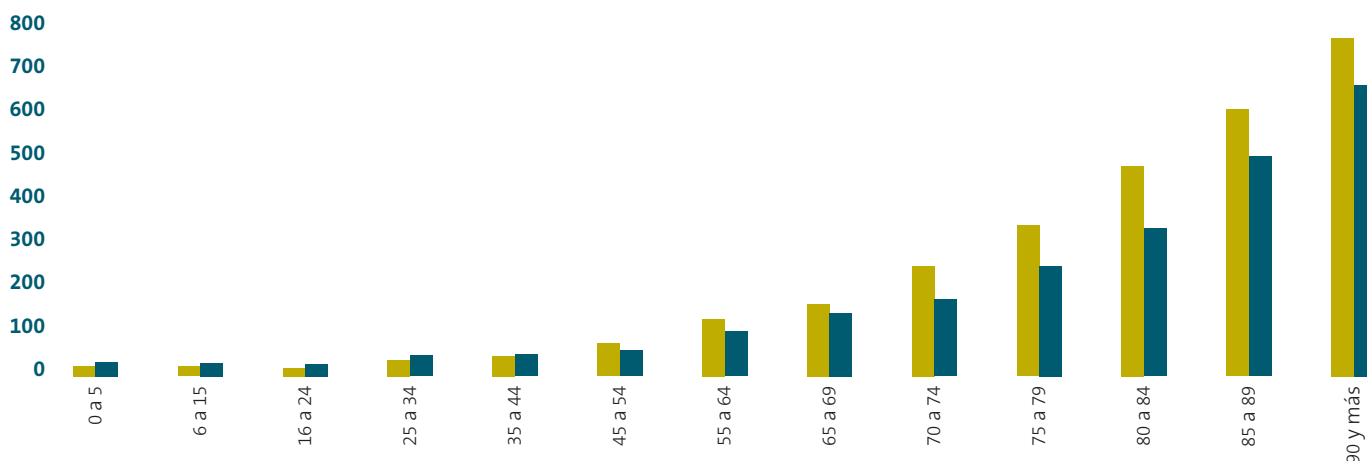
- Limitación física, psíquica o intelectual.
- Incapacidad de la persona para desarrollar por si misma las actividades de la vida diaria.
- La necesidad de asistencia o cuidados por un tercero.

Según los datos obtenidos por el INE en la Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD-2008), en España existen **3,85 millones de personas con algún tipo de discapacidad**, lo que supone una tasa de 85,5 por mil habitantes; siendo **Galicia y Extremadura las Comunidades que cuentan con una mayor tasa, 112,9 y 109,9 por mil habitantes respectivamente**.

Destacar que el **59,8% de la población discapacitada son mujeres**, pese a que si se analiza la discapacidad por edades, hasta los 44 años los hombres son mayoría y a partir de los 45 años se invierte la tendencia, tomando las mujeres la cabecera.

### Personas con discapacidad (tasa por mil habitantes)

Mujeres Hombres



### Personas con 6 y más años con discapacidad por mil habitantes<sup>1</sup>

100,0 o más De 85,0 a 100,0 De 70,0 a 85,0 Menos de 70,0



<sup>1</sup> INE. Panorámica de la discapacidad en España. Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia. 2008

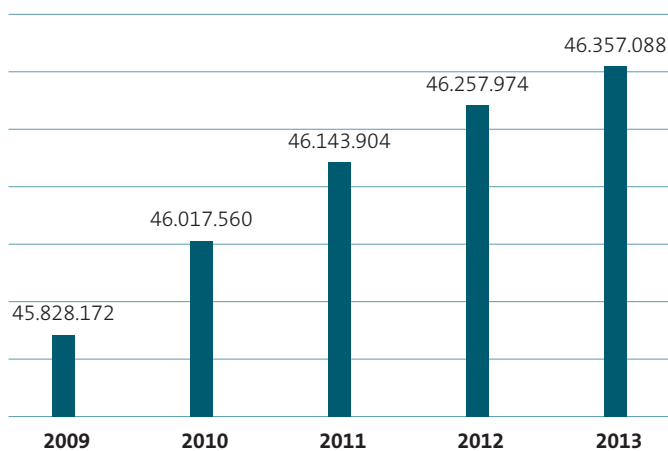
Respecto a las causas de dependencia, resaltar que el **67,2% de los dependientes presenta limitaciones para moverse o trasladar objetos**; el 55,3% presenta problemas a la hora de realizar alguna tarea doméstica y el 48% con las tareas del cuidado e higiene personal.

## 2.2. Las personas mayores

Antes de comenzar a analizar los datos demográficos, es importante tener presente la estrecha relación existente entre dependencia y edad, reseñando que el porcentaje de individuos que soportan limitaciones en su capacidad funcional aumentan según escalamos la pirámide poblacional. A medida que los individuos envejecen, la imposibilidad de realizar autónomamente algunas actividades cotidianas acontece por dos motivos no excluyentes: por un lado, la dependencia puede tener su origen en una o, generalmente, varias enfermedades crónicas; por otro lado, puede ser el reflejo de una pérdida general en las funciones fisiológicas atribuible al proceso global de senescencia<sup>2</sup>.

Desde 2002, año en que se descentralizó por completo la sanidad pública, la demografía española ha sufrido un **incremento considerable de la población**. Según los datos ofrecidos por el INE, en el periodo 2002-2008 **la población española ha crecido un 10,54%**. Según las últimas proyecciones del INE, está previsto que el 2013 alcancemos los 46 millones de habitantes.

### Proyecciones de población en España 2009–2010<sup>3</sup>



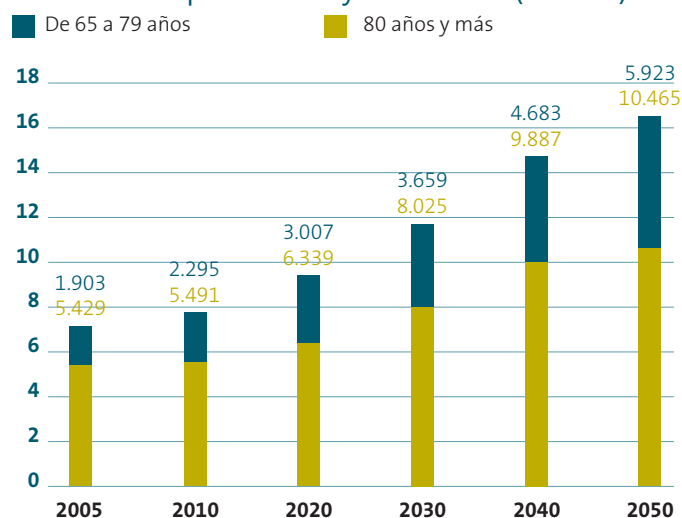
Según el “Informe europeo sobre el envejecimiento de la población”, aprobado por el Senado con el apoyo de todos los grupos políticos, **España es el país europeo con mayor esperanza de vida** (82,3 años). La población de 65 y más años, supone una cifra de 7.632.925 (16,5%) personas, de las que 2.123.785 (4,6%) personas cuentan con 80 y más años. La previsión es que en el año 2012 el número se incremente hasta los 8.087.113 (17,1%) de la población total y el porcentaje de personas mayores de 80 años alcance los 2.456.542 (5,2% de la población total). Así, las previsiones indican que en 2050 se incrementará alcanzando el 35%. En España, 6.000 personas alcanzan los cien años de edad, lo que le convierte en el segundo país del mundo con mayor número de mayores de 100 años<sup>4</sup>.

<sup>2</sup> Manton et al., 1997

<sup>3</sup> Datos INE. Proyecciones de población a corto plazo (2009–2013)

<sup>4</sup> Informe las personas mayores en España. 2006

### Evolución de la población mayor 2005-2050 (en miles)



## 2.3. Los enfermos crónicos

Una enfermedad crónica es aquella de larga duración y progresión lenta<sup>5</sup>. Este tipo de enfermedades provoca importantes efectos adversos en la calidad de vida de los enfermos afectados, es causa de muerte prematura y tiene efectos económicos importantes y subestimados en las familias, las comunidades y la sociedad en general.

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el **60% de las muertes en el mundo son causadas por enfermedades crónicas** como las cardiopatías, los accidentes cerebrovasculares, el cáncer, la diabetes o las afecciones respiratorias crónicas.

En concreto, las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte en todo el mundo, y representaron el 30% de la mortalidad mundial y tres cuartas partes de las defunciones por enfermedades crónicas en los países en desarrollo. En el caso de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) se calcula que ocasiona 2,75 millones de muertes anuales en todo el mundo, lo que supone casi el 5% de la mortalidad total.

<sup>5</sup> Fuente: The World Health Report 2002: "Reducing Risks, Promoting Healthy Life

En España, la situación de la carga de las enfermedades crónicas presenta también cifras importantes. Según datos del INE<sup>6</sup>, en el año 2007 las enfermedades cardiovasculares supusieron el 34,5% del total de defunciones, situándose como la principal causa de muerte de la población. Cabe destacar el hecho de que otras dos enfermedades crónicas, las de las vías respiratorias inferiores y la diabetes se situaron igualmente entre las cinco primeras causas de muerte, con un 4,5% y 2,7%, respectivamente.

Mirando al futuro, el aumento de la esperanza de vida y del envejecimiento de la población, junto con el avance y mejora de los tratamientos médicos traerán consigo una mayor cronicidad de las enfermedades. Así, la OMS prevé que **el porcentaje de morbilidad producida por enfermedades crónicas aumentará en un 17% en los próximos 10 años.**

Además del coste en pérdida de salud, la enfermedad crónica supone un elevado coste económico para los sistemas sanitarios y para los propios enfermos y su entorno. Según datos de la OCDE, **el 75% del gasto sanitario es generado por cinco enfermedades crónicas:** insuficiencia cardíaca congestiva, enfermedades coronarias, asma, depresión y diabetes<sup>7</sup>.

En el caso concreto de España y según datos de la OMS, los enfermos crónicos desencadenan el 72% del gasto público sanitario.

Ante esta perspectiva, la OMS recomienda a todos los países "promover la mejora de las condiciones de vida y bienestar de la población impulsando acciones orientadas al desarrollo humano". Este organismo plantea a la comunidad de salud pública una meta mundial: **reducir las tasas de mortalidad por todas las enfermedades crónicas en un 2% anual**, traduciéndose en la prevención de 36 millones de defunciones para el año 2015.

Ante esta coyuntura, los responsables de las organizaciones sanitarias tienen ante sí un importante reto que habrán de abordar sin demora para garantizar la sostenibilidad de los sistemas sanitarios y la mejora de la calidad de vida de los ciudadanos.

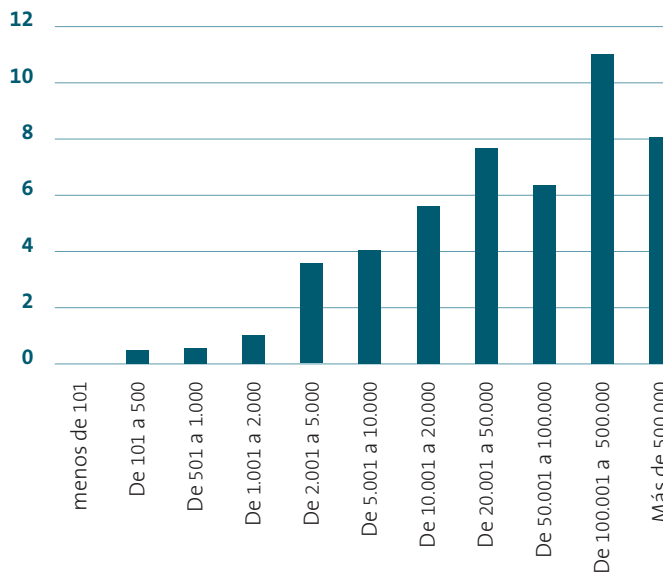
## 2.4. Las poblaciones rurales que viven bajo el riesgo de "aislamiento"

En los últimos años, el desarrollo y la mejora tanto de las vías de comunicación (especialmente carreteras) como de las telecomunicaciones, han permitido que la vida rural sufra una mejora significativa, suavizando el aislamiento al que el mundo rural ha estado tradicionalmente sometido respecto al ámbito urbano. Tal es así, que el éxodo que las zonas rurales sufrieron a mediados de siglo se está viendo, en cierta medida, revertido por la presencia de nuevos vecinos que re-habitan las áreas rurales en búsqueda de calidad de vida o por otros motivos diversos<sup>8</sup>.

Destacar que la realidad rural de nuestro país es diversa, hallando claras diferencias entre las aldeas existentes en el noroeste de la península a las villas del litoral mediterráneo.

En términos generales, en España al hablar de "rural" se hace referencia a municipios de 10.000 o menos habitantes; así, en 2008 aproximadamente el 21% de la población española residía en núcleos rurales o de menos de 10.000 habitantes<sup>9</sup>.

### Habitantes según el tamaño de los municipios en 2008 (en millones)

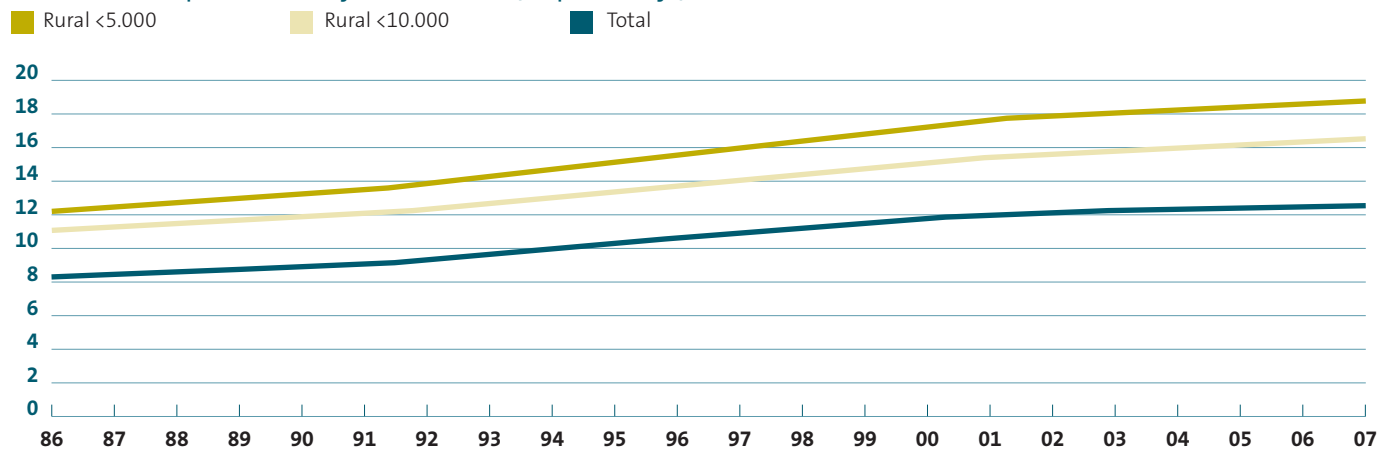


6 Fuente: Defunciones según causa de muerte 2005. INE.  
7 Fuente: World Healthcare Congress 2007.

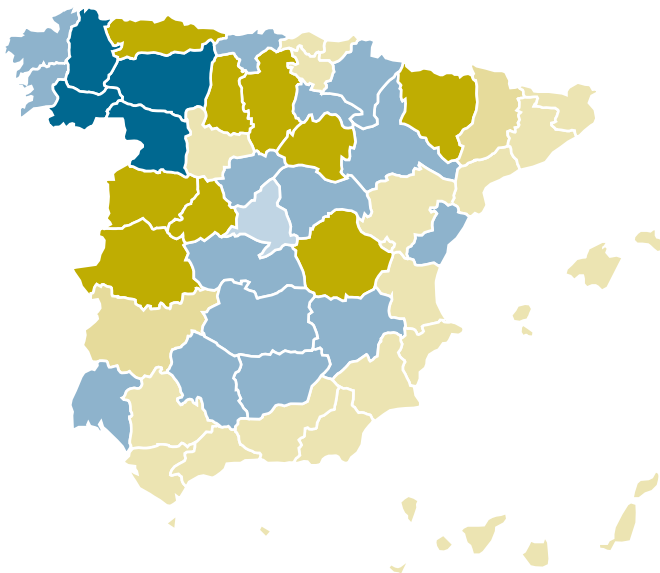
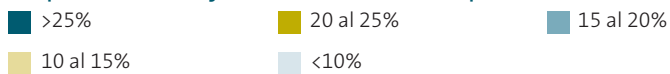
8 Obra Social "La Caixa". La población rural de España. 2009  
9 INE. Anuario Estadístico de España. 2009

Tal y como se ha comentado anteriormente, la población española se encuentra en un **proceso de envejecimiento**, proceso que **en el entorno rural es aún más acusado**, y especialmente en aquellos municipios de menos de 5.000 habitantes. En el año 2007 algo más del 16% de la población de los municipios de menos de 10.000 habitantes tenían 70 o más años, mientras que en el caso de los municipios de menos de 5.000 habitantes esta tasa se situaba en algo más del 18%. Ambos datos se sitúan muy por encima de la media nacional (12% aproximadamente).

### Evolución de la población mayor de 70 años (en porcentaje)<sup>10</sup>



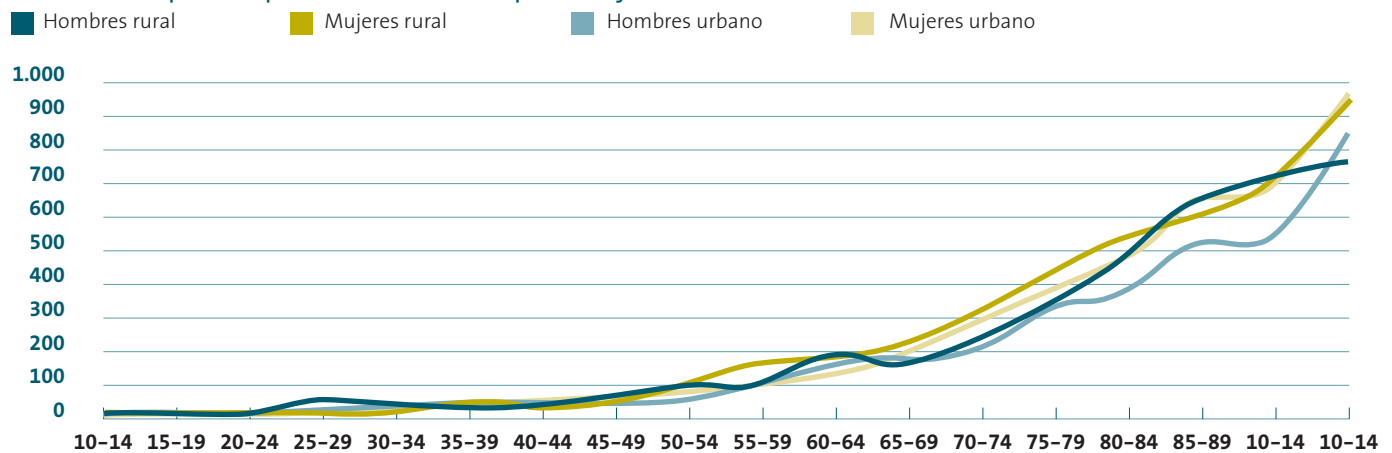
### Proporción de mayores de 70 años en la población rural<sup>11</sup>



10, 11 Obra Social "La Caixa". La población rural de España. 2009

Dadas las características de los entornos rurales (gran dispersión del hábitat que demanda mayores necesidades de movilidad, más dispersión de centros asistenciales y servicios, carencia de servicios, etc.), los problemas de la población dependiente se hacen aún más evidentes. Si a ello unimos el mayor envejecimiento de la población que existe en estos entornos, y la relación entre edad y dependencia, podemos evidenciar el alto grado de dependencia existente en estos entornos. Según los datos extraídos de la Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud (EDDES, 1999), la mujer es la que sufre una peor situación en relación a la dependencia, especialmente en los entornos rurales a partir de los 50 años.

### Tasas de discapacidad por 1.000 habitantes, por sexo y hábitat



Por último, reseñar que una vez más, al igual que ocurre a nivel global, en el ámbito rural los problemas de movilidad suponen la mayor causa de dependencia, especialmente en mujeres.

### Tipos de discapacidad, prevalencia en mayores de 59 años por sexo y hábitat

	Hombres rural	Mujeres rural	Hombres urbano	Mujeres urbano
Discapacidad para ver	8,5	10,7	7,6	10,4
Discapacidad para oír	8,4	9,6	8,5	8,5
Discapacidad para comunicarse	3,1	3,8	2,7	3,8
Aprender, aplicar conocimientos y desarrollar tareas	3,8	5,6	3,0	5,0
Desplazarse	9,9	15,0	7,1	12,6
Utilizar brazos y manos	7,7	10,6	6,3	10,5
Desplazarse fuera del hogar	15,4	24,6	12,8	20,9
Cuidar de sí mismo	6,2	8,7	4,8	8,0
Realizar tareas del hogar	9,7	19,1	7,4	17,1
Relación con otras personas	3,8	5,6	3,1	5,2

*Nota: una persona puede tener más de un tipo de discapacidad.  
Fuente: EDDES 1999. Elaboración propia*

# 3.

## Factores de cambio que impactan en el desarrollo de servicios a colectivos vulnerables

Existen dos factores que tienen un impacto directo en el desarrollo de los servicios a los colectivos anteriormente mencionados y que son: los cambios en el núcleo familiar y el desarrollo de la Ley de la Dependencia.

### 3.1. Cambios en el núcleo familiar

Tradicionalmente, la familia ha sido la que ha asumido el papel de cuidar a aquellos miembros más vulnerables o dependientes; principalmente, este peso ha recaído sobre la mujer (madres, cónyuges, hija o hermana del dependiente), asumiendo el rol de “cuidador informal”.

El proceso de envejecimiento de la población, el incremento por la preocupación y cuidados para la población dependiente, etc. ha coincidido con un proceso de cambio en el modelo familiar así como con la incorporación de la mujer a la vida laboral, lo que ha su vez ha influido sobre el modelo de “apoyo informal” más tradicional, haciendo que este sea insostenible en la actualidad.

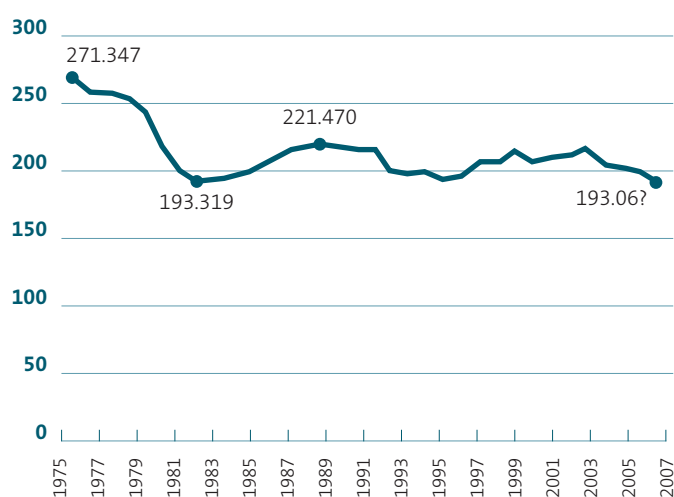
Así mismo es importante reseñar que el papel asumido por la mujer de “cuidador” se está transformando y es la mujer la que necesita “ser cuidada”.

Esta crisis en el modelo de “apoyo familiar” se debe fundamentalmente a<sup>12</sup>:

- La desaparición de la familia extensa
- La dispersión del perfil de institución permanente y unida de la familia
- Incremento de la movilidad geográfica de los miembros de la familia
- Aparición de diversos modelos de familia (incremento e personas que habitan solas, familias monoparentales, uniones de hecho, etc.)
- Alargamiento de la permanencia de los hijos en el hogar parental hasta edades superiores a los 30 años,
- Cambio en el rol de las mujeres, cambios sociales que la animan a incorporarse al ámbito laboral.

Todos estos factores están influyendo en el modelo familiar más tradicional, y aunque la familia sigue desarrollando sus funciones más clásicas se ve obligada a hacer frente a aspectos como que los hijos retrasen el momento de independizarse, mayor peso de las personas dependientes, evolución social del rol de la mujer, etc. Por último, debemos reseñar que la familia conyugal nuclear sigue siendo el modelo familiar predominante, aunque ya se ve amenazada por el incremento de otros tipos de familias. En este sentido, si tomamos los datos de matrimonios de los últimos años, se aprecia un claro descenso desde los cerca de 271.000 del año 1975 a los 193.000 que se registraron en 2008<sup>13</sup>.

Evolución de los matrimonios en España (en miles)



12 IMSERSO. Libro Blanco de la Dependencia.

13 INE. Baco de series temporales. Movimiento natural de la población – Matrimonio. Total Nacional.

### 3.2. El desarrollo de la Ley de la Dependencia

Uno de los principales retos a los que se enfrentan los países desarrollados en el impulso de las políticas sociales se encuentra en la atención a las personas en situación de dependencia y la promoción de su autonomía personal. En 2002, la Unión Europea decidió tres criterios que debían regir las políticas de dependencia de los Estados miembros: universalidad, alta calidad y sostenibilidad en el tiempo de los sistemas que se implanten.

En este sentido, se aprobó en nuestro país la **Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia**. Dicha ley surge con el fin de **dar cobertura social a aquellas personas que por su condición no pueden valerse por sí mismas**, naciendo así el cuarto pilar del Estado de Bienestar que configura el Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia.

A través del desarrollo de esta ley se pretende **mejorar la autonomía personal de aquellas personas en situación de dependencia así como de sus cuidadores**; para ello, el Estado conjuntamente con las Comunidades Autónomas, ha destinado unos recursos y prestaciones a las que podrán acceder todas aquellas personas que cumplan los requisitos establecidos en la mencionada Ley.

La ley clasifica las **situaciones de dependencia en tres grados**, y establece una serie de **servicios a los que se puede tener acceso**. La **implementación de las ayudas a la dependencia se está realizando en diferentes fases, según los grados y niveles de dependencia**. Así, en 2007 se comenzaron a dar prestaciones a las personas de “gran dependencia” niveles 2 y 1, y está previsto que en 2013 por último, se incorporen las personas con dependencia “moderada” de nivel 1.

#### Grados y niveles de dependencia

**Dependencia moderada:** Persona que necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria, al menos una vez al día.

**Dependencia severa:** Persona que necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria, dos o tres veces al día, pero no requiere el apoyo permanente de un cuidador.

**Gran dependencia:** Persona que necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria, varias veces al día y, por su pérdida total de autonomía mental o física, necesita el apoyo indispensable y continuo de otra persona.

**Para cada grado de dependencia se establecen dos niveles, en función de la autonomía de las personas y de la intensidad del cuidado requerido.**

#### Servicios incluidos en la Ley de Dependencia

##### Servicio de teleasistencia

##### Servicio de ayuda a domicilio:

- Atención de las necesidades del hogar.
- Cuidados personales

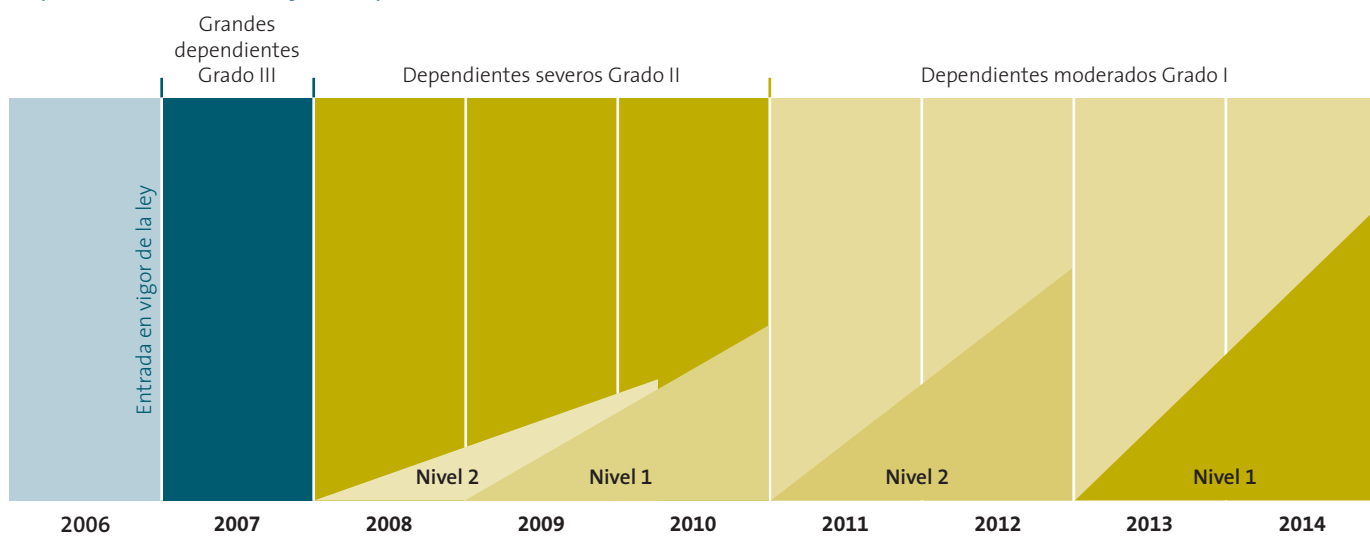
##### Servicio de Centro de Día y de Noche:

- Centro de Día para mayores.
- Centro de Día para menores de 65 años.
- Centro de Día de atención especializada.
- Centro de Noche

##### Servicio de Atención Residencial:

- Residencia de personas mayores en situación de dependencia.
- Centro de atención a personas en situación de dependencia, en razón de los distintos tipos de discapacidad.

## Implementación de la Ley de Dependencia



Según los últimos datos ofrecidos por el SAAD (Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia), desde el 1 de enero de 2007 se han recibido más de 1,3 millones de solicitudes para ayudas (28,75% en Andalucía), se han publicado 1,2 dictámenes, ya hay más de 885.000 personas beneficiarias y el servicio más concedido es el relacionado con los “P.E. Cuidados Familiares”, abarcando casi el 50% de las prestaciones otorgadas.



# 4.

## Tendencias en el marco de la atención a colectivos vulnerables

A continuación se destacan algunas de las principales tendencias que se están vislumbrando en los ámbitos de las políticas, la gestión y la prestación de servicios a colectivos vulnerables y que requieren de la aplicación de las TIC para alcanzar los objetivos de sostenibilidad y transformación que se persiguen.

### 4.1.1. La integración de los servicios socio-sanitarios

Las personas dependientes requieren una atención continuada, aunque no necesariamente permanente, basada fundamentalmente en el apoyo y en los cuidados. La atención de la dependencia se enmarca, por tanto, en el entorno de los servicios sociales, encontrándose estrechamente relacionada con el ámbito sanitario debido a<sup>14</sup>:

- Un problema de salud puede ser el desencadenante o acelerador de la dependencia.
- La persona dependiente puede sufrir un acontecimiento agudo que requiere una atención sanitaria puntual.
- El desarrollo de una red de prestaciones sociales adecuada para dar cobertura a dependientes descargaría al sistema sanitario de un gran volumen de costes.

Conscientes de esta situación, son varias los organismos que ha optado por la presentación de servicios de forma conjunta, integrando en un único modelo los servicios sociales y los sanitarios, definiendo así un espacio “socio-sanitario” entendido como “aquel conformado por las necesidades de prestaciones sociales y sanitarias de forma simultánea y continuada, de un conjunto determinado de personas con enfermedades crónicas y discapacidades físicas, psíquicas y psiquiátricas que conllevan distintos niveles de dependencia”<sup>15</sup>.

Este tipo de modelos de gestión, necesitan de una estrecha colaboración y acción conjunta entre los sectores sanitario y social, en el que cada uno debe colaborar en la delimitación de sus competencias y desarrolle todos los servicios necesarios para aportar al paciente una atención integrada, organizando por tanto un sistema de servicios completamente integrado y con procesos claramente definidos.

Los modelos de gestión sociosanitaria son una herramienta para ofrecer un sistema sostenible organizativa y económicamente hablando; a la vez que presentan una serie de ventajas frente a los modelos más tradicionales<sup>16</sup>:

- Atención integral e interdisciplinar (sanitaria, psicológica y social)
- Atención global (prevención, asistencia curativa, cuidados y rehabilitación)
- Complementariedad intersectorial: medidas sanitarias y sociales coordinadas.
- Calidad relacional: Atención humanizada y cuidado del confort del entorno.

Todas las estrategias de integración de servicios sociales y sanitarios pasan por la disponibilidad de herramientas y tecnologías que permitan planificar y gestionar de forma coordinada e integral a la población objetivo y los servicios y recursos necesarios para su prestación. Este tipo de soluciones, si bien están bastante maduras en el entorno sanitario, están a día de hoy escasamente avanzadas e integradas con las del ámbito social.

<sup>14</sup> Libro Blanco de la Dependencia

<sup>15</sup> Plan Marco de Atención Sociosanitaria en Extremadura 2005–2010

<sup>16</sup> Plan Marco de Atención Sociosanitaria en Extremadura 2005–2010

#### 4.1.2. El nuevo marco de gestión de enfermedades crónicas

Ante el envejecimiento de la población y el crecimiento de las enfermedades crónicas, los responsables de las organizaciones sanitarias tienen un importante reto que habrán de abordar sin demora para garantizar la sostenibilidad de los sistemas sanitarios. En este contexto, se está asentando en los sistemas sanitarios un nuevo marco de actuación sobre el que se están desarrollando los nuevos modelos de gestión de enfermedades crónicas, en el que se establecen una serie de claves para el cambio.

#### Nuevo marco GC, claves para el cambio

<p><b>Organización</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Continuidad de cuidados</li> <li>• Prestaciones integradas                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Multidisciplinariedad</li> <li>- Rediseño de la práctica clínica</li> </ul> </li> </ul>	<p><b>Formación</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Profesionales                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nuevos roles</li> <li>- Nuevas formas de trabajar</li> </ul> </li> <li>• Pacientes                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Autocuidados</li> <li>- Devolución de la responsabilidad</li> </ul> </li> </ul>
<p><b>Investigación</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nuevos Modelos Conceptuales                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sistemas Adaptativos Complejos</li> </ul> </li> <li>• Normalización                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Integración Relacional/Contextual</li> </ul> </li> </ul>	<p><b>Financiación</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Incentivos</li> <li>• Desempeño</li> </ul>

En concreto, en lo que respecta a la prestación de servicios a enfermos crónicos, se están produciendo cambios e innovaciones en los diferentes eslabones de la cadena de valor asistencial:

- En el ámbito de la **prevención** del desarrollo de las enfermedades crónicas o el retraso de su inicio, cabe destacar la promoción de hábitos saludables, desde las instituciones públicas, facilitando a la población información sobre cómo influyen determinados hábitos del estilo de vida (tabaco, ejercicio físico, adecuada alimentación...) en su salud. Estos procesos de prevención capacitan a los individuos para controlar y mejorar su propia salud. Países como Alemania, Australia, Dinamarca, España, Finlandia, Noruega y Reino Unido, entre otros, realizan esta actividad como primer fin en sus planificaciones para la gestión de enfermedades crónicas.
- En el marco del **diagnóstico**, la tendencia se orienta a la identificación temprana de las personas con enfermedades crónicas que requerirán cuidados, para ayudarles a evitar complicaciones que puedan disminuir su bienestar, así como a la determinación de la población con factores de riesgo de padecer una enfermedad crónica en el futuro.

En esta línea, el modelo de gestión de pacientes crónicos de Kaiser Permanente (uno de los mayores proveedores sanitarios de Estados Unidos), hace especial hincapié en la segmentación y estratificación de éstos en función del riesgo de su enfermedad y sus necesidades.

### Modelo “Kaiser Permanente”



Para llevar a cabo la segmentación de los pacientes es imprescindible disponer de bases de datos que integren la información existente en Atención Primaria y Especializada, de manera que se pueden diseñar programas de *screening* selectivos para los diferentes grupos de riesgo. Así, los sistemas de *Datamining* basados en el uso de la información de la Historia Clínica de Primaria y Especializada y una gran cantidad de muestras digitales, acompañadas de evidencia médica están permitiendo correlacionar esta información con programas y algoritmos de *screening* específicos, generando alertas cuando se producen determinados tipos de factores. Estas técnicas permiten la detección temprana de variaciones en el estado de la enfermedad, evitando así episodios de mayor gravedad y reduciendo los ingresos hospitalarios y, por tanto, el gasto sanitario.

- En la fase de **tratamiento** de enfermos crónicos, la continuidad de los cuidados es el elemento clave, ofreciendo al paciente una asistencia integral que engloba tanto la asistencia sanitaria como la social que precisan este tipo de enfermos, involucrando también a las organizaciones y a los sistemas informales de atención a los enfermos (entorno familiar y voluntariado). Para ello, se apuesta por la coordinación entre los distintos tipos de sistemas asistenciales, sanitario y social, y los diferentes niveles existentes en estos (asistencia sanitaria primaria y especializada). La actuación coordinada de los servicios sanitarios y sociales permite dar respuesta de forma integral a todas las necesidades de estos pacientes, más allá de la asistencia de tratamiento sanitario.

- En lo relativo al **seguimiento y evaluación** de los enfermos crónicos, el objetivo es que éste se realice evitándole a los pacientes en lo posible los desplazamientos a los centros sanitarios. Se pretende así, a la vez que se facilita a los enfermos la práctica de sus actividades cotidianas, la disminución del gasto sanitario. El reto en este sentido es doble:

- Establecer pautas para la realización de un seguimiento continuado que evite recaídas agudas del paciente y, en consecuencia, necesidad de ingreso hospitalario.
- Realizar un seguimiento específico y personalizado para cada paciente, ajustándose a los cambios que éste pueda presentar en distintos momentos.

#### 4.1.3. El desarrollo de la atención a domicilio y de los servicios telemáticos

Con el fin de mejorar la calidad de vida e independencia de los colectivos vulnerables, en los últimos años se ha extendido notablemente la prestación de servicios sociales y sanitarios en el entorno domiciliario.

A raíz de los factores de contexto comentados en apartados anteriores (envejecimiento, dependencia, cambios en la estructura familiar, etc.) la demanda de este tipo de servicios ha ido en aumento. Tradicionalmente las personas con algún tipo de necesidad en este sentido sólo tenían la posibilidad de recurrir a los servicios prestados en los centros sanitarios o sociales, mientras que actualmente cada vez son más los usuarios que reciben este tipo de servicios en su entorno natural, es decir, en el domicilio.

En este sentido, el desarrollo de las nuevas tecnologías está facilitando el despliegue y prestación de nuevos servicios en el domicilio de forma telemática, alargando la estancia de las personas en el hogar. En este sentido, la teleasistencia y la telemedicina son dos claros ejemplos de cómo las TIC están permitiendo ampliar la cartera de servicios de los prestadores, cubriendo así las necesidades del ciudadano.

Apoyándose en la línea de teléfono básica, el servicio de teleasistencia domiciliaria permite a las personas mayores y/o discapacitadas que viven solas o en situación de riesgo, entrar en contacto verbal con un centro de atención especializada, pulsando un botón de un medallón o de una pulsera durante las 24 horas del día y todos los días del año. Este tipo de servicios incluye unidades de atención móviles que en caso de necesidad se trasladan al domicilio del usuario para dar solución a la emergencia surgida, mediante la movilización de recursos<sup>17</sup>.

Los ayuntamientos, a través de los convenios firmados con la FEMP, se confieren como uno de los actores relevantes dentro de este servicio, para lo cual se están apoyando en entidades prestadoras dentro del ámbito privado y el tercer sector (Grupo Eulen, Cruz Roja, FASS, MAPFRE Quavita, Personalía, etc.). Los datos ofrecidos por el IMSERSO revelan que en aproximadamente dos años este tipo de servicios a sufrido un incremento del 51% en lo que a usuarios se refiere, pasando de 261.433 usuarios de teleasistencia pública<sup>18</sup> en 2006 a 395.917 usuarios públicos<sup>19</sup> en 2008. Se estima que entre ámbito público y privado pueden existir en España un total de 550.000 usuarios, y según los datos manejados por la Asociación de Entidades y Empresas de Servicios Sociales de Teleasistencia (ADESSTA), en 2015 se espera alcanzar 1,5 millones de usuarios en teleasistencia fija.

Con el ánimo de incrementar la autonomía e independencia de los usuarios del servicio de teleasistencia, este servicio está evolucionado hacia la prestación móvil, donde el usuario ya no depende de la línea telefónica básica y puede utilizar este servicio desde cualquier lugar a través de su teléfono móvil. La teleasistencia móvil es el servicio de teleasistencia prestado tanto dentro como fuera del domicilio de la persona usuaria mediante un terminal de telefonía móvil que, adicionalmente, dispone de un sistema de telelocalización (sistema que permite conocer el posicionamiento geográfico exacto de la persona usuaria).

A nivel nacional este mercado se encuentra muchos más inmaduro y en proceso de desarrollo. Los enfermos de Alzheimer se perfilan como uno de los colectivos con mayor potencial para el desarrollo de este tipo de servicio. También, personas mayores que viven solas pero cuentan con una vida social muy activa, los menores a los que los padres quieren tener localizados y/o las víctimas de violencia de género son perfiles para los que se están desarrollando servicios de teleasistencia móvil específicos.

En el ámbito público, la prestación de servicios de teleasistencia móvil se está expandiendo a través de servicios para víctimas de violencia de género<sup>20</sup>, con más de 12.000 usuarias a principios de 2009 y más de 20.000 altas en el servicio realizadas desde 2005<sup>21</sup>.

El potencial que ofrecen las nuevas tecnologías en esta ámbito es muy amplio, así otra área de expansión es de la telemedicina, donde cada vez son más los prestadores sanitarios que ofrecen servicios dirigidos a enfermos crónicos, paliativos o convalecientes, colectivos que necesitan un seguimiento médico especializado y que con las posibilidades que ofrece la telemedicina es posible, por ejemplo, controlar sus constantes vitales de forma remota.

Algunos de los servicios más representativos que se engloban en este grupo de soluciones son<sup>22</sup>:

- Servicios de teleconsulta/diagnóstico domiciliarios.
- Servicios de telehospitalización domiciliaria, a través de los que es posible:
  - Telemonitorizar/vigilar al paciente con sistemas que monitorizan y transmiten las constantes vitales, las medidas de diferentes niveles, etc.
  - Gestionar los dispositivos médicos de forma remota
  - Gestionar una agenda del paciente elaborada por el médico con información sobre citas, medicación, pruebas y pautas para su realización, así como contactos a los que llamar en caso de emergencia.
- Servicios de teleformación, dirigidos a usuarios que necesiten ser instruidos en el manejo de aplicaciones o instrumental en su casa, o en terapias de rehabilitación.

Gracias al desarrollo de los servicios telemáticos, los colectivos vulnerables y la administración obtienen una serie de ganancias muy claras:

- Se reducen las barreras de acceso a los servicios sociales y sanitarios.
- Se facilita la continuidad asistencial y la integración de recursos multidisciplinares.
- Se mejora la calidad de vida de los usuarios y su potencial rehabilitación.
- Se incrementa la sensación de seguridad y confianza de estos colectivos.
- Se obtienen economías de escala y se gana en eficiencia por parte de las entidades prestadoras de servicios, por ahorros en tiempo, recursos y personal.

Es importante destacar, que al igual que ocurre en otros entornos, la colaboración entre el ámbito público y privado para el despliegue de estos servicios es cada vez mayor, fundamentalmente en el ámbito de la Teleasistencia y va a ser crítico si se quiere acelerar el proceso de crecimiento y expansión de esta tipología de servicios en el futuro.

#### 4.1.4. El proceso de sanitarización de los centros para mayores

Como ya se ha comentado con anterioridad, el sector residencial ha sufrido una transformación en los últimos años, muy ligada también al cambio en el perfil del residente. Tal es así, que se está pasando de un modelo de hogar “residencia” a “residencia asistida”, ampliando su cartera de servicios e incorporando cada vez más servicios sanitarios.

17 IMSERSO.

18, 19 IMSERSO. *Las Personas Mayores en España*. 2006.

20 Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad, IMSERSO y FEMP

21 II Informe Anual del Observatorio Estatal de Violencia sobre la Mujer. Año 2009

22 Fundación Telefónica. *Las TIC en la Sanidad del Futuro*. 2006.

## Desarrollo de nuevos servicios sanitarios en las residencias de mayores



Es en este ámbito donde la Telemedicina también va a tener un papel cada vez más importante, al poder incorporar en la cartera de servicios de estos centros prestaciones sanitarias como por ejemplo:

- El control y la administración remota de medicación prescrita.
- El control remoto de constantes vitales, para el seguimiento de pacientes con enfermedades crónicas.
- Servicios de Telediagnóstico, Telerehabilitación y de Teleconsulta
- Teleformación sobre programas específicos orientados a la prevención
- Asistencia médica y de enfermería a profesionales de los centros a través de Call Centers

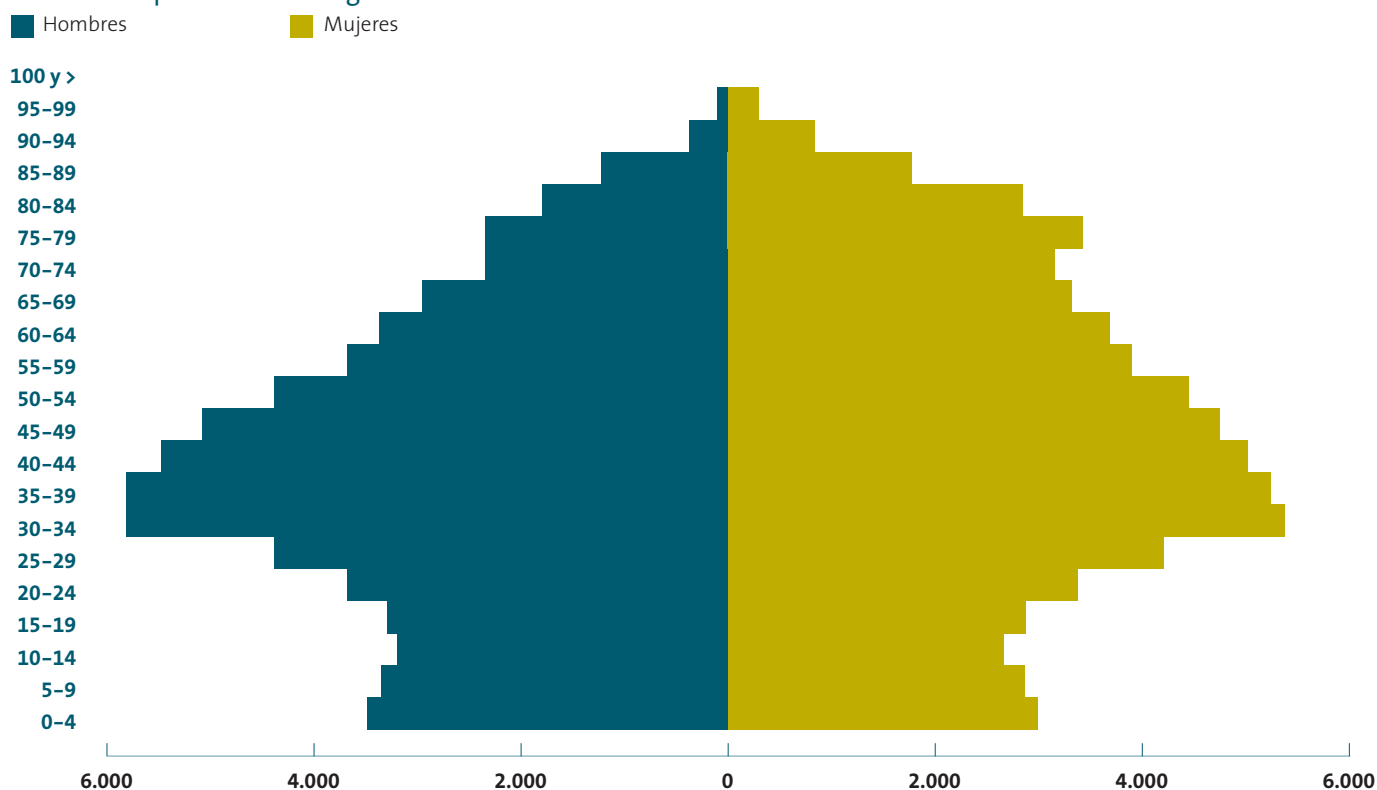
# 5.

## La situación de Aragón

Aragón cuenta con una superficie de casi 48.000 km<sup>2</sup> (lo que equivale aproximadamente al 9,4% del total de territorio nacional) y una población de algo más de 1,3 millones de habitantes (2,8% de la población española); lo que la confiere como una comunidad con baja densidad de población (28 hab/km<sup>2</sup>). De los 731 municipios censados en Aragón, el 71,4% son núcleos de 500 o menos habitantes, y tan sólo cuatro tienen más de 20.000 habitantes. Asimismo, la población de Aragón se caracteriza por ser una población mayor, donde el 19,8% de la población tiene 65 o más años.

En lo que a población dependiente se refiere, en Aragón se registran aproximadamente 112.000 dependientes (0,2% del total nacional)<sup>23</sup>. Según los últimos datos ofrecidos por el SAAD<sup>24</sup>, desde la puesta en marcha de las ayudas a la Ley de la Dependencia, en Aragón se han realizado 1,3 millones de solicitudes (2,88% del total nacional), se han realizado cerca de 37.000 dictámenes y existen casi 21.000 beneficiarios con prestaciones. En lo que a prestaciones se refiere, la más otorgada es la referente a “prestaciones económicas” vinculadas a cuidados familiares.

Pirámide de población de Aragón a 1 de enero de 2010



23 INE. Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia 2008  
24 Situación a 1 de marzo de 2010.

En 2008, dentro del ámbito de los servicios de ayuda a domicilio se atendieron 11.316 usuarios, con un índice de cobertura respecto a la población mayor de 65 años de 4,32, con un promedio de atención por usuario de 9,87 horas/mes.

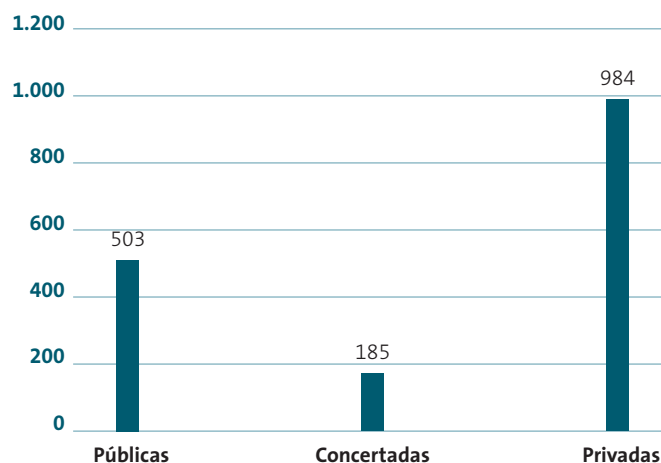
### Servicios de ayuda a domicilio en Aragón (2008)

<b>Población &gt;65 años (01/01/2008): 262.113</b>	
<b>Usuarios</b>	
Total usuarios atendidos	11.316
Usuarios dependientes	3.725
Índice de cobertura [(Usuarios/Pob.>65)*100]	4,32
Usuarios >80 años	5.487
Usuaris mujeres	7.332
<b>Coste y financiación</b>	
Precio público (euros/hora)	10,61
Precio mensual/Usuario (euros/mes)	104,72
Copago (a cargo del usuario)	15,00%
<b>Contenido y calidad</b>	
Horas de atención dispensadas (año)	1.340.744
Intensidad horaria (promedio de horas/mes/usuario)	9,87
Tiempo empleado en cuidados	36,40%
Tiempo empleado en tareas domésticas	63,60%
<b>Prestación económica para ayuda a domicilio</b>	
Total de usuarios atendidos	
Usuarios dependientes	
Gasto anual/usuario (euros/año)	
<b>Servicio privado de ayuda a domicilio</b>	
Total usuarios atendidos	
Usuarios dependientes	
Número de entidades prestatarias	

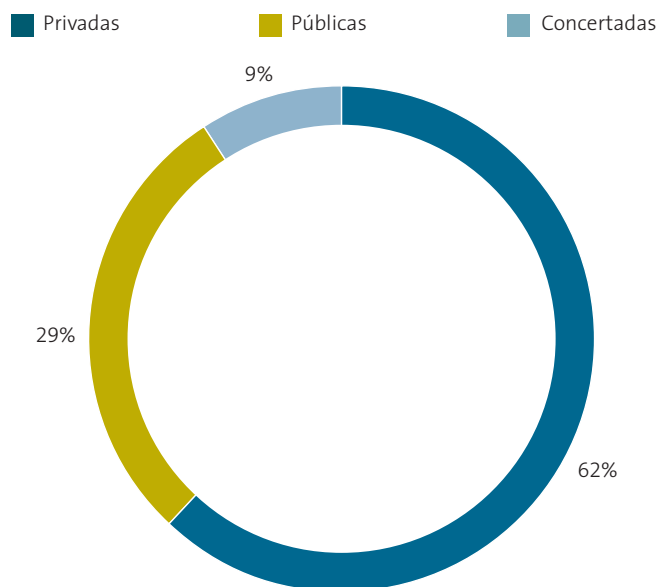
Respecto a servicios públicos de teleasistencia para mayores, en enero de 2008 se registraron un total de 14.248 usuarios, con un índice de cobertura del 5,44.

En lo que a centros de día y residencias, a fecha de enero de 2008 en Aragón se registraron 1.672 plazas de centros de día (59% de carácter privado) y 15.999 plazas en residencias (62% privadas)<sup>25</sup>.

### Distribución de las plazas de centros de día



### Distribución de las plazas residenciales



25 IMSERSO. Informe Personas Mayores 2008.

# 6.

## Anexo I:

### Documentación de referencia

- Informe Personas Mayores 2008. IMSERSO.
- Panorámica de la discapacidad en España. Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia. 2008. Instituto Nacional de Estadística.
- La población rural de España. 2009. Obra Social “La Caixa”.
- Libro Blanco de la Dependencia. IMSERSO.
- Plan Marco de Atención Sociosanitaria en Extremadura 2005–2010.
- II Informe Anual del Observatorio Estatal de Violencia sobre la Mujer. Año 2009.



